CHOLECYSTITE AIGUE

INTRODUCTION

- Une inflammation de la paroi vésiculaire associée à une infection et parfois à une nécrose en sont la conséquence
- La cholécystite aiguë est dans 95% des cas la conséquence d'une obstruction du canal cystique ou du collet vésiculaire par un ou des calculs. .

EPIDÉMIOLOGIE

- La prévalence de la lithiase biliaire dans les pays industrialisés est de l'ordre de 15%.
- Seuls 5 à 20% des patients porteurs de calculs développeront une cholécystite aiguë.
- Prédominance féminine, âge moyen de survenu : 50 ans, association avec un surpoids ou des grossesses multiples.
- Habituellement, il existe un passé de douleurs biliaires.

PHYSIOPATHOLOGIE

- L'obstruction du canal cystique entraîne une stase biliaire qui provoque des lésions de la muqueuse .
- Hydrocholécyste : inflammation et oedème de la paroi vésiculaire.
- Le contenu biliaire peut devenir purulent.
- Cholécystite purulente : infection du contenu vésiculaire par des germes d'origine digestive.
- Cholécystite gangréneuse : nécrose pariétale d'origine ischémique.
- Perforation vésiculaire.

CLINIQUE

- Douleur de survenue brutale, atteignant rapidement son acmé, de durée prolongée supérieure à 6 heures.
- Siège épigastrique ou hypochondre droit.
- Irradiation à l'omoplate ou épaule droite avec inhibition respiratoire (signe de Murphy)
- Fièvre à 38,5 – 39°C
- Pas d'ictère

Biologie

- Hyperleucocytose à PNN,
- hémocultures positives,
- CRP augmentée.
- Une perturbation du bilan hépatique (GGT, phosphatases alcalines, ALAT, ASAT, bilirubine)
- une réaction pancréatique (lipase > 3N) doivent être cherchées.

IMAGERIE

- L'échographie reste la technique d'imagerie de première intention et de référence dans cette situation clinique et doit être réalisée en urgence.

Elle peut montrer :

- Cholécystite aiguë simple.
- Calcul enclavé, non mobile
- Diamètre transversal supérieur à 4 cm
- Epaississement de la paroi supérieur à 3 mm : peut être localisé ou diffus, stratifié. Signe non spécifique.
- Signe de Murphy échographique : sa spécificité est médiocre car il peut être observé dans d'autres pathologies et n'est pas constant.
- Aspect feuilleté de la paroi vésiculaire

- La TDM a également une place importante dans certaine situation.
- L'IRM est moins pratiquée.
- Place de l'échographie de contraste…

FORMES COMPLIQUÉES DE CHOLECYSTITE

- Cholécystite gangréneuse
- Péritonite biliaire
- Syndrome de Mirizzi
- Iléus biliaire
- Fistules cholécysto-duodénale/colique droite/biliaire.
- Cholécystite chronique

Diagnostic différentiel

- Pancréatite aiguë,
- appendicite aiguë sous-hépatique,
- périhépatite, le plus souvent à Chlamydia trachomatis,
- pyélonéphrite aiguë,
- une embolie pulmonaire,
- un foie cardiaque aigu,
- une pneumonie lobaire inférieure droite ou une pleurésie droite.

TRAITEMENT

- Cholécystite aiguë simple :

-ttt médical qui associe antispasmodique et antalgiques IV, ATB IV active sur germes fréquemment incriminés puis

-cholécystectomie coelioscopique dans les 48h.

- Cholécystite gangréneuse :

-rééquilibration hydro-électrolytique, ATB IV,

-cholécystectomie par laparotomie.

CONCLUSION

- La cholécystite est une pathologie fréquente.
- La cholécystite aiguë simple et la cholécystite gangréneuse ont un ttt et un pronostic totalement différents.
- L'échographie est l'examen de première intention à réaliser devant une douleur de l'hypochondre droit.
- Le scanner permet de faire le diagnostic des complications.
- Place de l'échographie de contraste